

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

OBSERVATIONS DE CORPS ÉTRANGERS
DANS L'OREILLE

Par le Dr **Charles DELSTANCHE** (de Bruxelles).

Nous avons déjà insisté à maintes reprises, et tout récemment encore, en rendant compte du *Traité de chirurgie auriculaire* de M. le professeur Schwartze, sur l'efficacité des injections d'eau simple pour éliminer du conduit auditif des corps qui y ont été introduits ; et si je reviens aujourd'hui sur cet argument, c'est pour faire connaître quelques observations intéressantes qui démontrent qu'il n'est pas de règle sans exception, ou, en d'autres termes, que, malgré la préférence que méritent, à juste titre, les injections aqueuses sur les procédés d'extraction instrumentale dont on continue à user et à abuser, au grand détriment des pauvres patients, il est des circonstances cependant où l'usage des instruments s'impose d'une façon absolue.

OBSERVATION I.

Fragment de plume d'oie dans l'oreille moyenne.

M. Delannoy-Bar, voyageur de commerce, 38 ans, vient me consulter le 3 décembre 1878. Il avait 3 ans, quand, à la suite d'une fièvre éruptive dont il ne se rappelle pas la nature, s'est déclaré chez lui un écoulement d'oreille bilatéral, plus abondant du côté droit, et qui, depuis lors, ne s'est jamais arrêté, quoiqu'il se soit amendé peu à peu. Aucun médecin n'a été consulté au sujet de cette otorrhée ; le malade s'est toujours borné à éloigner, à l'aide d'une barbe de plume d'oie, les matières qui encombraient les oreilles, chaque fois que son ouïe, assez bonne, d'ailleurs, lui semblait laisser à désirer.

Il y a de cela un mois environ, qu'en procédant au nettoyage

de ses oreilles, le bout de la plume dont il se servait à cet effet se brisa dans l'oreille droite, sa meilleure.

L'ouïe, à droite, quoique diminuée depuis cet accident, comporte encore 2 centimètres et demi pour une montre, qui n'est entendue à gauche qu'en contact immédiat avec le pavillon.

L'examen objectif révèle : destruction des deux tympans, muqueuse des caisses épaissie et fort congestionnée, écoulement fétide bilatéral, conduit droit rétréci par le gonflement de ses parois et un peu sensible, pas de trace de corps étranger ; par conséquent, après avoir pratiqué dans les deux oreilles une injection saturnine (1 p. d'acétate de plomb pour 30 d'eau), le malade fut renvoyé au surlendemain.

Ce jour-là, soit que l'injection saturnine eût eu pour effet de réduire le gonflement de la muqueuse de la caisse, soit qu'un déplacement spontané se fût accompli dans la situation du corps étranger, toujours est-il qu'on voyait au fond du conduit une petite saillie blanchâtre que nous crûmes pouvoir, en présence des affirmations positives du malade, considérer comme une des extrémités du corps étranger, et que nous réussîmes, sans trop de peine, à saisir avec la petite pince à coulisse. C'était bien en effet l'extrémité barbue d'une plume d'oie, longue de 4 centimètres.

Après avoir fait l'extraction de ce fragment et tandis qu'il était encore maintenu entre les deux mors de la pince, il nous fut facile de constater qu'il formait un arc assez prononcé, dont la concavité était dirigée vers la face du malade, d'où il faut conclure, selon nous, qu'il s'était engagé dans la trompe. C'est la seule explication compatible, du reste, avec l'intégrité absolue de la partie rigide de ce fragment, qui aurait dû, s'il n'avait pas dépassé la caisse, se replier sur lui-même pour s'y dissimuler aussi complètement. C'est aussi l'avis du professeur Politzer, qui eut l'occasion d'examiner, en septembre 1879, le fragment, qui avait conservé sa forme arquée, grâce à la précaution que nous avions prise, de le placer immédiatement entre les feuillets d'un livre.

Quelques jours plus tard, nous revîmes une fois encore le malade ; sa surdité avait, paraît-il, complètement disparu et il déclina, sous prétexte d'un voyage à l'étranger, l'offre que nous lui fîmes, de tenter la cure de son otorrhée.

On est porté à se demander ce qui serait advenu de ce corps étranger dans le cas où il eût été livré à lui-même.

Aurait-il, à la longue, provoqué des accidents inflammatoires, lui qui pendant tant de mois avait pu séjourner dans l'oreille moyenne, pour ainsi dire impunément, serait-il resté en place ou se serait-il peu à peu déplacé pour être finalement éliminé soit par l'ouverture pharyngienne de la trompe, soit par le conduit auditif externe ? Nous inclinons pour cette dernière hypothèse, d'autant plus qu'un cas de corps étranger, dans l'oreille moyenne, qui n'est pas sans quelque analogie avec celui dont nous venons de relater l'observation, s'est terminé par l'élimination spontanée par le conduit auditif. Cette observation, qui remonte aux premières années de ma pratique à l'hôpital Saint-Jean, concerne l'enfant Jules Dewit, âgé de 10 ans, très débile et de tempérament scrofuleux.

A l'âge de 13 ans, il avait contracté dans le cours de la rougeole une otite moyenne purulente qui, au bout six mois, avait provoqué une vive phlegmasie de la région mastoïdienne. Celle-ci se traduisit d'abord par la formation, à la partie inférieure de l'apophyse, d'un gonflement très douloureux, du volume d'une noix, d'un véritable abcès en un mot, qui fut incisé et donna issue à du pus très fétide. Cet abcès mit longtemps à se cicatriser, et quoique la mère de l'enfant ne se souvienne pas que le mot de carie eût été prononcé, il y a lieu de supposer, en raison de l'enfoncement de la cicatrice adhérente qui existe en correspondance du siège de ce premier accès, qu'une perte de tissu osseux assez abondante a dû se produire avant la cicatrisation.

Lorsqu'en décembre 1876, l'enfant Dewit nous fut amené, on voyait, en correspondance du point le plus élevé de l'apophyse mastoïde, c'est-à-dire à sa base, un abcès dont la paroi externe, très mince, était constituée par la peau atrophiée.

L'os, mis à nu par une incision verticale de 2 centimètres environ, était rugueux au contact du stylet et céda facilement sous la pression exercée avec cet instrument. Celui-ci put pénétrer d'arrière en avant, en dedans et en bas, à la profondeur d'environ 3 centimètres, et quoique l'étroitesse du conduit et son encombrement par des granulations charnues ne permirent pas à l'œil de plonger au fond de ce canal, les oscillations que subissaient les matières qui s'y trouvaient accumulées dès qu'on imprimait à la sonde le moindre mouvement, ainsi que

l'apparition d'un peu de sang dans le conduit démontraient à l'évidence que la pointe de l'instrument avait pénétré dans la caisse.

Satisfait d'avoir pourvu au plus pressant en ayant ouvert une large voie à l'écoulement des matières, et désireux, avant de procéder au raclage des parties osseuses mortifiées, de mettre l'enfant dans de meilleures conditions générales, nous introduisîmes dans la fistule un bout de bougie en gomme, long d'environ 3 centimètres; puis après des lavages avec une solution salicylée et l'application d'une couche d'ouate antiseptique sur l'organe opéré, nous engageâmes la mère à se représenter à notre consultation trois fois par semaine, en vue de renouveler le pansement.

L'état du petit malade ne tarda pas à s'améliorer considérablement; les injections salicylées entraînaient chaque fois quelques petits fragments osseux et l'écoulement était de moins en moins fétide et abondant. Cette amélioration subit cependant un temps d'arrêt par le développement, au fond de la caisse, d'une végétation fongueuse dont il fallut, à plusieurs reprises, faire l'extraction à l'aide d'un serre-nœud, et qui disparut finalement à la suite d'une énergique cautérisation au chlorure de zinc.

Le 25 du mois d'avril, environ quatre mois après le début du traitement, l'état local du sujet s'était tellement amélioré que, renonçant pour le moment à l'idée de procéder au raclage, nous permîmes à la mère d'emmener son enfant en province pendant quelque temps, mais à condition de maintenir le drain dans la fistule de l'apophyse mastoïde.

Elle abusa de notre permission, puisque ce n'est que le 15 octobre, c'est-à-dire au bout de cinq mois, qu'elle revint nous trouver avec son enfant. L'état de celui-ci s'est considérablement empiré, l'écoulement de l'oreille est fétide et abondant, le polype s'est reproduit au fond du méat. Il n'existe plus qu'un petit pertuis fistuleux à l'apophyse mastoïde. La mère nous avoue que dans le courant du mois de mai le drain s'était tellement engagé dans le trajet fistuleux, qu'il lui avait été impossible de l'en extraire; le lendemain, elle n'en vit plus de trace.

En vue de procéder à l'exploration de la cavité mastoïdienne et de la caisse pour nous assurer de la présence éventuelle du corps étranger, nous introduisons dans la fistule mastoïdienne un mandrin en gomme, de petit calibre, qui s'y engage avec la plus grande facilité, passe dans la caisse, se fautive dans la

trompe d'Eustache et se montre finalement à l'entrée de la fosse nasale opposée à l'oreille malade, c'est-à-dire du côté droit, et cela sans rencontrer le moindre indice du corps étranger. Cependant celui-ci avait bien réellement pénétré dans l'oreille moyenne, et fort probablement avait été déplacé par la tige exploratrice, d'une façon favorable à son élimination, car trois jours plus tard l'enfant rapportait le morceau de drain, sorti spontanément la veille du conduit auditif après un séjour de cinq mois dans l'oreille. La substance de ce fragment s'était décomposée, ce qui, en lui faisant perdre sa rigidité première, avait grandement facilité son élimination spontanée.

OBSERVATION II.

Morceau de carotte introduit dans l'oreille, refoulement par tentative d'extraction, symptômes cérébraux consécutifs.

L'épouse Élise P..., journalière, 42 ans, s'était introduit, en vue de calmer une violente douleur de dents, d'après une pratique en usage parmi les gens du peuple, un bout de carotte dans l'oreille droite. Le lendemain, ne réussissant pas à l'extraire, cette femme, tout effrayée, alla trouver un médecin du voisinage, dont les tentatives d'extraction, à l'aide de pinces à pansement, n'aboutirent qu'à mettre l'organe en sang et à provoquer une syncope prolongée. Dans la crainte de s'exposer de nouveau au martyre qu'elle avait enduré, elle s'était bornée, depuis lors, à s'appliquer des cataplasmes sur l'oreille, qui devint bientôt le siège d'une vive inflammation et d'une suppuration abondante. Ce fut dans ces conditions que, quinze jours après l'accident, je la vis pour la première fois. Elle se plaignait de violentes douleurs dans l'oreille, accompagnées de bourdonnement, de vertige et de fréquents vomissements, qui l'obligeaient à garder le lit. La tuméfaction de l'oreille externe était telle qu'elle excluait toute possibilité d'explorer le conduit. Nous nous bornâmes à prescrire une application de sangsues autour du pavillon et des instillations légèrement astringentes (saturines) dans le conduit ; mais ces moyens ne modifièrent pas d'une façon sensible l'état des parties ; aussi, comme la persistance des vertiges et des vomissements, jointe à l'intensité croissante des douleurs, nous donnait sujet de craindre l'imminence de complications du côté des méninges et du cerveau, nous primes le parti de recourir, sans plus tarder, à la dilata-

tion du conduit par l'éponge préparée. La profondeur à laquelle se trouvait situé le corps étranger ayant été déterminée au moyen du stylet, nous introduisîmes entre les parois gonflées du conduit, et non sans provoquer de très vives douleurs, un morceau d'éponge préparé à la ficelle, taillé en forme de cylindre légèrement acuminé et préalablement enduit de cérat; il fut laissé en place pendant une demi-heure environ.

Ce laps de temps avait suffi pour rendre au méat une capacité presque normale, et il nous fut possible alors, après l'avoir débarrassé, à l'aide d'une injection, des matières qui en masquaient la lumière, d'apercevoir une masse noirâtre située fort avant dans le canal et sur laquelle les mors de la pince eurent aisément prise. Toutefois, en raison de la décomposition subie par le corps étranger, il ne nous fut pas possible d'en effectuer l'extraction complète ce jour-là; mais la femme, encouragée par la vue du fragment déjà éliminé et par un amendement marqué de la douleur et des autres symptômes subjectifs, se montra toute disposée, dès le lendemain, au renouvellement de nos tentatives. La dilatation par l'éponge fut de nouveau nécessaire; mais, au bout d'un quart d'heure, déjà elle se trouva être suffisante pour nous permettre d'extraire sans peine le reste du corps étranger. Ce morceau, beaucoup plus gros que le premier, avait un centimètre de longueur sur 4 millimètres environ de largeur. Il était constitué par l'extrémité conique d'une petite carotte, dont la pointe devait appuyer fortement sur le tympan.

Les phénomènes inflammatoires cessèrent rapidement, et lorsque, deux jours plus tard, la malade se présenta à notre consultation, nous eûmes la satisfaction de constater que le tympan, quoique fort rouge et épaissi, ne présentait pas de solution de continuité. La fonction auditive ne tarda pas à redevenir normale.

OBSERVATION III.

Morceau d'allumette suédoise implanté dans le tympan.

Un jeune avocat du barreau de Bruxelles, M. G..., âgé de 29 ans, vient me consulter le 27 mai 1883. Il ressent depuis dix jours, au fond de l'oreille droite, une douleur, très supportable d'ailleurs, pour laquelle il n'aurait jamais songé, dit-il, à réclamer mes soins, si l'apparition d'un léger écoulement et sur-

loat une diminution de plus en plus marquée de l'ouïe de ce côté n'avaient éveillé son inquiétude.

Le tic tac de la montre, perçu à plus d'un mètre de distance du côté gauche, n'est perçu, à droite, qu'à la distance de 10 centimètres. Diapason vertex vers la droite.

L'inspection du conduit droit ne révèle rien de particulier, si ce n'est la présence, sur ses parois, d'une légère couche de matière purulente, qui s'étend jusque sur le tympan, sans soustraire toutefois cette membrane à la vue.

Le sujet ne peut donner aucun renseignement précis sur l'origine de son mal et, comme c'est l'ordinaire en pareil cas, a recours à cette cause si souvent invoquée : un froid.

Après avoir débarrassé le méat de la sécrétion au moyen d'une injection d'eau tiède, le tympan se présente sous un aspect assez normal; sa surface est un peu macérée, il est vrai, mais sans trace de congestion, sauf le long du manche et en correspondance de son segment antéro-supérieur. En ce dernier endroit, l'on remarque une petite saillie jaunâtre dont la forme carrée me frappe de prime abord, et qui occupe l'espace compris entre l'apophyse courte du marteau et la périphérie antéro-supérieure du tympan. Cette saillie donne au contact du stylet la sensation d'un corps dur à surface raboteuse, et se laisse facilement circonserire, sauf en haut et en avant où elle est en contact immédiat avec la paroi du conduit. L'exploration, parfaitement tolérée, nous permet, en outre, de constater l'immobilité quasi complète de ce corps.

A défaut de renseignements précis de la part du sujet, nous le renvoyons à un autre jour, non sans avoir constaté, au préalable, en recourant au procédé Politzer, l'existence d'une perforation du tympan tant par la production du sifflement caractéristique de ce genre de lésions que par l'issue d'un peu de matière entremêlée de bulles d'air par le pertuis situé à la limite interne de la saillie jaunâtre en question.

Deux ou trois séances encore se passèrent en explorations, qui nous confirmèrent de plus en plus dans l'idée que nous avions affaire à un corps étranger. Enfin, le 6 juin, nous nous décidâmes à en saisir avec précaution la portion saillante entre les mors de la petite pince à coulisse et à l'attirer au dehors. La chose réussit à souhait et sans presque provoquer de souffrance. Il s'agissait d'un fragment d'allumette chimique, dont la vue réveilla enfin les souvenirs du malade, qui se rappela alors s'être, quelque temps auparavant, *fait mal* au fond du conduit

tandis que, selon sa coutume, il y avait introduit une allumette pour calmer la démangeaison qu'il y éprouvait. Ce bout d'allumette mesurait 9 millimètres dans sa longueur totale ; l'un de ses bouts avait la forme carrée ordinaire et mesurait 2 millimètres de côté, mais cette forme carrée ne s'était conservée que sur une longueur de 3 millimètres ; plus loin, le fragment présentait une cassure en forme de biseau qui, commençant précisément à l'un de ses angles, se terminait en pointe très fine en correspondance de l'angle opposé, simulant assez bien le bec d'une plume à écrire.

Nous n'entrerons pas dans les détails du traitement consécutif, peu compliqué d'ailleurs, qui, au bout d'une semaine tout au plus, amena une parfaite guérison avec fermeture de la perforation. Ce qu'il importe surtout de noter, c'est la tolérance extrême qu'a présenté dans ce cas le tympan et la caisse, non seulement à l'égard de la lésion produite par le corps étranger, mais encore à l'égard du séjour prolongé de celui-ci dans la plaie qu'il avait produite. Cette tolérance est d'autant plus étonnante, que l'on sait combien le tympan réagit parfois avec violence contre les actes opératoires les mieux conduits, même lorsqu'il ne s'agit que d'une simple paracentèse. Il est à remarquer que le fragment d'allumette a dû subir dans le conduit un mouvement complet de version pour pouvoir être ensuite implanté dans le tympan par sa pointe acérée, et tout cela en provoquant si peu de sensations pénibles que le sujet en avait perdu jusqu'au souvenir.

Notons, pour terminer, que la sensibilité des deux tympans, vérifiée au moyen du stylet avant de congédier M. G..., était un peu obtuse peut-être, mais pas assez pour nous fournir le mot de l'énigme.

OBSERVATION IV.

Corps étrangers enkystés dans l'épaisseur des lobules.

Cette observation, qui a fait, ainsi que la suivante, l'objet d'une communication à la section otologique de la *British medical Association*, réunie à Brighton en août dernier, présente surtout de l'intérêt en raison de sa rareté.

L'enfant Thérèse Ropson, de Bruxelles, âgée de 12 ans, est amenée à ma clinique le 14 octobre 1884, et voici pour quel motif. Quatre mois auparavant, un bijoutier lui avait placé des pendants d'oreille en argent doré, d'un genre fort à la mode aujourd'hui et consistant en un bouton monté sur une vis qui, après avoir traversé l'ouverture ménagée dans l'épaisseur du lobule, est assujettie derrière celui-ci au moyen d'un petit écrou.

Comme l'enfant portait déjà des boucles d'oreille depuis l'âge de 3 ans, aucune perforation n'avait dû précéder la pose des bijoux nouveaux. Néanmoins ceux-ci, trop serrés sans doute, ne tardèrent pas à provoquer une douleur très vive, qui persista pendant trois semaines. Malgré son désir d'être belle, la fillette suppliait, mais vainement, qu'on lui enlevât ses pendants d'oreille, et cependant le gonflement des lobules et l'exsudation purulente qui formait sur leur surface une croûte épaisse qu'il fallait chaque jour détacher à l'aide d'un peu d'huile auraient dû prouver que la pauvre petite avait bien sujet de se plaindre.

Au bout de deux mois, la sécrétion purulente cessa, et alors seulement on fit la remarque que les écrous n'étaient plus visibles; seules les extrémités postérieures des vis faisaient encore saillie en arrière. — Quoiqu'il n'y eût plus de douleur depuis longtemps déjà, le père de l'enfant, alarmé par le volume anormal des lobules, se décida enfin à enlever les pendants d'oreilles; il réussit non sans peine à les dégager, en leur imprimant un mouvement de rotation. Quant aux écrous, il ne semble pas s'en être préoccupé. Toutefois, comme le gonflement persistait et paraissait même s'accroître progressivement, on s'était décidé à venir réclamer mes soins; mais une chute que l'enfant fit sur ces entrefaites ajourna forcément d'un mois la visite projetée.

Mon examen me fit constater que le lobule de chaque oreille était occupé par une tumeur arrondie, du volume d'un noyau de cerise et déprimée dans sa partie centrale. Sa consistance rappelait celle du fibrome, et j'aurais certainement diagnostiqué une tumeur de ce genre sans les informations qui m'avaient été fournies au préalable.

Les ouvertures qui donnaient passage à la vis avaient eu le temps de se cicatriser tant en avant qu'en arrière du côté droit; mais, du côté gauche, un examen attentif faisait découvrir un petit pertuis sur la face antérieure du lobule. L'extrémité d'un stylet introduit dans ce pertuis révélait la présence d'un corps dur à 2-3 lignes de profondeur. Il me fut facile d'en opérer l'ex-

traction par l'ouverture préalablement élargie. C'était un petit disque en argent doré, dont le séjour au milieu des tissus n'avait nullement terni l'éclat ; il avait une épaisseur d'environ 2 millimètres sur 4 de diamètre et présentait, à sa périphérie, une série de dentelures à la façon d'une roue d'engrenage. L'extraction du second écrou nécessita une incision sur la face postérieure du lobule.

Quand je revis la fillette, huit jours plus tard, les nodosités dans l'épaisseur des lobules avaient conservé leur volume primitif malgré l'absence de toute inflammation. J'ai appris, par la suite, qu'elles avaient mis beaucoup de temps à se dissiper ; mais aujourd'hui, bien que l'enfant porte encore de nouveau des boucles d'oreille, toute induration a disparu.

OBSERVATION V.

Une balle de revolver dans l'oreille.

Le 13 décembre 1883, le nommé Constant Rues, âgé de 42 ans, limonadier au Rendez-vous de chasse de Graide, voulant en finir avec la vie, se tira un coup de revolver dans l'oreille droite. Il tourna sur lui-même, tomba, se remit sur pieds et déchargea son arme une seconde fois sur la région frontale droite. Il tomba de nouveau ; mais, après une période d'évanouissement assez courte, il put se relever et regagner seul, sans éprouver le moindre vertige, son logis, situé à cinq minutes de distance.

Tandis que la blessure de la région frontale donnait lieu à une violente hémorrhagie, bien que le projectile se fût simplement aplati sur l'os sans l'entamer, il paraîtrait, au dire du patient, qu'aucune perte de sang ne se produisit par l'oreille. De plus, toujours d'après lui, la présence de la balle dans l'oreille n'éveilla pas de phénomènes de réaction prononcés, une suppuration modérée, une douleur persistante, mais peu accentuée, et voilà tout. La douleur elle-même avait fini par céder quand, dans les premiers jours de janvier, Rues fut admis à l'hôpital Saint-Jean, dans le service de M. le professeur Deroubaix.

Il ne me fut donné de voir le blessé qu'après deux tentatives d'extraction du corps étranger, faites au moyen d'un levier,

mais sans résultat d'ailleurs, à quinze jours d'intervalle l'une de l'autre, par mon éminent confrère.

Malheureusement, faute d'avoir les instruments nécessaires, je ne pus examiner convenablement son oreille; je constatai seulement, à l'aide du stylet, que le fond du conduit était occupé par un corps dur, à surface lisse, qui semblait intimement enclavé entre les parois du conduit. Ce dernier présentait des traces de lacerations récentes.

La mensuration comparée des deux méats auditifs, au moyen d'une tige introduite aussi profondément que possible, donnait pour le côté droit une longueur moindre de 8 millimètres.

C'était là un renseignement important qui, joint aux informations recueillies de la bouche du malade sur le peu d'intensité des symptômes ressentis par lui du côté de l'oreille à la suite de sa tentative de suicide, me portait à croire que le projectile n'avait pas dépassé les limites du conduit. De mon examen résultait également pour moi la conviction qu'il ne serait pas possible d'extraire la balle par la voie naturelle.

Cette opinion, à laquelle s'est rangé M. le professeur Deroubaix, le décida à recourir, dans ce cas, à un procédé déjà conseillé par Paul d'Égine. Le 15 janvier, en présence d'une nombreuse assistance, il commença par se ménager une voie jusqu'au projectile en détachant sur une certaine étendue, d'arrière en avant, le pavillon de l'oreille à ras de son insertion sur l'os. Il essaya alors de pénétrer, à l'aide d'un petit levier, au-dessous du corps étranger; mais, pour y réussir, il lui fallut creuser une voie dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde et la portion osseuse du conduit.

Le projectile extrait de la sorte était déformé et aplati et ne permettait guère de lui trouver de l'analogie avec une balle de revolver.

Les lèvres de la plaie furent soigneusement rapprochées et fixées par quelques points de suture, et après une injection d'eau phéniquée dans le conduit le pansement se fit avec toutes les précautions antiseptiques.

Le vendredi 25, la cicatrisation extérieure était presque complète, les parois du conduit étaient gonflées et cette circonstance, jointe à une abondante suppuration, ne permettait pas d'examiner le fond.

Le 2 février suivant Rues, sorti de l'hôpital, vint réclamer mes soins. L'opération n'avait laissé d'autre trace extérieure qu'une cicatrice peu apparente et dissimulée, d'ailleurs, par le pavillon.

En examinant le conduit, je trouvai, appliqué sur ses parois, un corps dur, de couleur grisâtre, qu'il me fut facile d'extraire au moyen de la pince à coulisse et qui, à ma grande surprise, se trouva être un mince fragment de plomb, large de 2 millimètres environ, sur une largeur de 2 centimètres. Ce fragment avait probablement été détaché de la surface de la balle par l'extrémité du levier, lors des premières tentatives d'extraction.

Le 6 février, après avoir débarrassé le conduit du pus qui l'encombre, nous croyons reconnaître que la moitié antérieure du tympan est détruite, sans parvenir à constater la présence du manche du marteau. Le malade ressent une douleur obtuse derrière le pavillon; il perçoit la montre au contact.

Le 10, il n'entend plus la montre et dit avoir beaucoup souffert derrière le pavillon et jusque dans la nuque durant l'avant-dernière nuit, au point de ne s'endormir que vers trois heures du matin.

Nous constatons la présence d'une végétation globuleuse émanant de la paroi postérieure du conduit au niveau de la solution de continuité pratiquée pour extraire la balle. Développée dans l'espace de trois à quatre jours, cette végétation remplit environ les deux tiers de la lumière du méat, de façon à empêcher d'en voir le fond aussi bien que la dernière fois. L'apophyse mastoïde encore sensible; bruit de vent persistant.

Le 13, le volume de la végétation est réduit de moitié. Nous en extrayons une bonne portion au moyen de l'étrangleur et cautérisons le reste au chlorure de zinc. Apophyse mastoïde moins douloureuse, fond de l'oreille toujours peu visible.

Le 17. La région mastoïdienne est gonflée, rouge, douloureuse surtout à la pression depuis deux jours, au point d'empêcher le sommeil. L'otorrhée a reparu ce matin après trois jours de suspension. Pavillon œdématisé et chaud, conduit étroit.

Le 20. Région mastoïdienne moins tendue et moins douloureuse, écoulement plus séreux, conduit encore très étroit, végétation cependant moindre, pas moyen de voir le fond.

Le 23. N'a plus souffert. Le conduit, toujours très étroit, empêche l'examen du fond. N'entend plus la montre. Dit que depuis la dernière opération subie à l'hôpital il est sujet au vertige quand il regarde en l'air tout en marchant. N'a pas la tête ferme, dit-il, cependant dort et mange bien.

La douleur s'est apaisée; le conduit, un peu élargi, permet d'introduire suffisamment le spéculum pour mettre la végétation de la paroi postérieure bien en vue. Extraction de celle-ci par la

pince à coulisse. La surface sous-jacente est rugueuse et constituée par un petit séquestre osseux que nous enlevons avec la même pince et que nous croyons pouvoir considérer comme une esquille provenant de la dernière opération.

Le 28. A pu dormir sur l'oreille malade; conduit occupé par un bloc de mucus; il est étroit et ne permet pas la vue du fond. La montre continue à ne pas être entendue.

Les conditions de l'oreille malade allèrent en s'améliorant rapidement à la suite de l'extraction du séquestre et les visites de Rues devinrent de moins en moins fréquentes. Nous ne croyons pas, en raison de leur peu d'importance, devoir mentionner ici les notes recueillies lors de ces dernières visites.

Dans le courant du mois de septembre 1885, Rues a été pris, pendant que nous étions en vacances, d'une forte otorrhée avec légère douleur au-devant du tragus. D'après ce que nous avons pu apprendre, il existait en ce point un peu de gonflement. A l'examen d'aujourd'hui, 28 octobre, le conduit est encore étroit, fond rouge. Impossible de discerner la nature des parties profondes. La montre, nettement perçue lors de la dernière visite que Rues nous a faite, a cessé de nouveau d'être entendue; la sécrétion persiste.

5 décembre. N'a plus de vertige, mais conserve du bourdonnement. Entend la montre au contact depuis quinze jours. L'élargissement du conduit permet de voir la muqueuse de la caisse un peu épaissie et rouge à travers une large perforation du tympan. Nous ne découvrons pas de trace du marteau.

14 janvier. Fond sans changement depuis la dernière visite; n'entend pas la montre, ce que le malade attribue au temps neigeux.

4 mai. Satisfait de son état. Vient simplement se soumettre à notre examen; lumière du conduit obstruée par un bouchon de matière noire auquel nous jugeons opportun de ne pas toucher.

1^{er} février 1886. A toujours été bien; entend le réveil-matin à la longueur du bras, la montre au contact et la voix à proximité, distinctement. Le seul phénomène subjectif qui persiste est un léger bruissement.

1^{er} juillet. Entend beaucoup mieux; voix basse nettement articulée à 2 mètres. Le diapason est perçu de tous les points de la tête, avec plus d'intensité du côté blessé; le bruissement n'apparaît plus que par intervalle, à la suite de fatigues ou d'émotions. La peau qui tapisse l'entrée du méat est tatouée de grains de poudre. Après avoir extrait le bouchon qui obture le con-

duit, nous constatons sur les parois de celui-ci de petites cicatrices superficielles, mais aucune altération importante. Nous en exceptons, bien entendu, le siège de la dernière opération procurée par M. le professeur Deroubaix.

En correspondance de ce point, c'est-à-dire un peu avant d'atteindre la périphérie de la membrane du tympan, la paroi postérieure du conduit se déprime pour constituer une excavation profonde d'environ un centimètre et dont la surface est tapissée de tissu cicatriciel d'un blanc perlé. Un tiers seulement du tympan a échappé à la destruction et a conservé son aspect normal.

Il importe de noter que cette portion de la membrane restée intacte est située précisément à quelques lignes de distance de l'anfractuosité de la paroi postérieure du conduit dont il vient d'être question.

Notons encore cette particularité que les méats auditifs de Ries ne présentent, dans toute leur longueur, aucune saillie, ce qui permet au regard de plonger jusqu'au fond avec facilité, sans le secours du spéculum. Cette circonstance explique comment le méat n'a pas souffert davantage de la pénétration du projectile.

En somme, en raison de l'absence d'hémorrhagie par l'oreille, à la suite de la tentative de suicide, point sur lequel le malade, souvent interrogé par nous, n'a jamais varié, et du peu de réaction inflammatoire de l'organe auditif avant les tentatives d'extraction; en raison de ce que les deux premières tentatives d'extraction au moyen du levier et sans l'aide du chloroforme ont été très douloureuses et ont déterminé une énorme perte de sang par le nez et la bouche, tandis que rien de pareil n'avait été observé après le coup de feu; en raison enfin de ce que l'ensemble des symptômes observés dans ce cas exclut absolument l'idée que le projectile ait pu pénétrer dans l'oreille moyenne et rend fort improbable la production de lésions graves dans l'oreille externe, tout cela joint au rétablissement, dans une large mesure, de la fonction auditive, nous engage à considérer les changements pathologiques rencontrés dans le méat, ainsi que la destruction partielle du tympan, bien plus comme la conséquence, inévitable d'ail-

leurs, des actes opératoires entrepris pour débarrasser l'oreille du projectile, que comme l'effet du coup de revolver.

Mais comment, se demandera-t-on, la balle a-t-elle pu être aussi inoffensive? La seule explication à laquelle nous puissions nous rallier, après avoir soumis à des épreuves répétées la force de pénétration de l'arme qui a servi à la tentative de suicide, c'est que, fort heureusement pour Rues, les cartouches, du calibre de 7 millimètres, dont il avait chargé son revolver, étaient de bien mauvaise qualité.

II

RÉTRACTION CICATRICIELLE DES LIGAMENTS ARY- TÉNO-ÉPIGLOTTIQUES. — LARYNX A SIX CORDES ET FAUSSE GLOTTE SUPPLÉMENTAIRE,

Par le Dr J. GAREL.

L'observation que je vais rapporter est un cas d'une rareté extrême, qui démontre qu'une cicatrisation peut aboutir parfois à une conformation singulière.

Le nommé V..., âgé de 37 ans, des environs de Villefranche (Rhône), vient me consulter, le 4 décembre 1885, pour un trouble assez bizarre de la voix. Je pratique l'examen laryngoscopique et je constate l'état suivant :

A mon grand étonnement, j'aperçois dans le miroir une fente glottique triangulaire pouvant s'effacer pour prendre la forme linéaire dans les efforts de phonation. Cette glotte est située sur un plan de beaucoup supérieur à celui de la glotte normale, c'est-à-dire sur un plan allant du bord inférieur de l'épiglotte au sommet des aryténoïdes. En examinant avec soin, je ne tarde pas à reconnaître qu'il ne s'agit nullement de la glotte normale et que je suis en présence d'une malformation accidentelle. En effet, cette sorte d'orifice glottique est située à la hauteur du bord de l'épiglotte ; elle est formée par le rapprochement des deux ligaments aryténo-épiglottiques qui se sont soudés en avant sur la ligne

médiane, à 2 ou 3 millimètres au-dessous du bord inférieur de l'épiglotte, comme si l'on avait pressé de chaque côté sur les faces externes de ces deux ligaments pour amener leurs bords à se toucher sur la ligne médiane, de façon à former au-dessus du larynx une membrane obturatrice. Cependant, les deux ligaments ne sont soudés qu'en avant, à la façon des cordes vocales. En arrière, ils ont conservé leur attache aux deux éminences aryténoïdes. Comme les éminences aryténoïdes ont conservé la plus grande partie de leurs mouvements, on conçoit que la glotte supplémentaire présente une forme triangulaire ayant la forme et la direction de la véritable glotte située plus bas. Dans les mouvements respiratoires, cette glotte anormale reste ouverte, sa forme triangulaire n'est pas d'une régularité parfaite, car elle s'ouvre un peu plus sur le côté droit, son ouverture en arrière ne dépasse jamais une largeur de 4 à 5 millimètres. Lorsque le malade émet un son, on ne constate plus qu'une fente linéaire de un millimètre environ, légèrement contournée en S, en effet, à ce moment, les deux aryténoïdes arrivent au contact et entraînent dans leur mouvement la partie postérieure des deux ligaments ary-épiglottiques. Ces deux ligaments s'affrontent alors dans toute la longueur de leur bord supérieur sur la ligne médiane, tout à fait comme les cordes vocales inférieures.

Pendant les mouvements respiratoires, si l'on examine dans la profondeur de la fausse glotte, on aperçoit très bas les cordes vocales. On voit beaucoup mieux celle de droite, l'orifice supérieur étant plus largement ouvert de ce côté. Les cordes apparaissent avec leur aspect blanchâtre caractéristique, elles ne sont donc pas lésées, comme le prouve, d'ailleurs, l'absence de voile de la voix. Les bandes ventriculaires ne peuvent se voir, étant cachées par la situation singulière des ligaments ary-épiglottiques. Le bord de l'épiglotte est déformé, il est volumineux, cylindrique, avec une apparence de renflement par places, il est tendu transversalement. Les ligaments glosso-épiglottiques médian et latéraux sont aussi plus volumineux et ont subi aussi un processus rétractile qui a diminué les dimensions des fossettes

glosso-épiglottiques, surtout à gauche. Dans la phonation, la glotte anormale ne vibre pas. Lorsque le malade monte une gamme, on voit le larynx se relever, la nouvelle glotte se présente dans toute sa longueur, elle se raccourcit, au contraire, dans les tons bas. La voix de ce malade est également fort singulière. Dans les tons ordinaires du médium, elle a un caractère sombre, à tonalité élevée; c'est une sorte de voix de polichinelle, un peu sourde, imitant la voix d'un homme parlant de loin dans une cave, à la façon des ventriloques. Elle a également un peu le timbre nasal. Dans le fausset, la voix est pure, elle est flûtée, à timbre tout à fait enfantin. Ce malade a beaucoup chanté, il chante encore avec son timbre spécial, mais il ne peut plus faire les *tyroliennes* comme avant le début de sa maladie.

Les caractères de la voix, que nous venons de décrire, s'expliquent parfaitement par la superposition, à son organe vocal, d'une cavité de résonnance extraordinaire.

A quelle cause attribuer une telle conformation? J'avoue n'avoir pu la déterminer d'une façon précise, bien que la syphilis soit presque l'unique cause à invoquer. Cependant, les renseignements du malade, renseignements parfaitement véridiques, ne permettent pas d'affirmer chez lui l'existence d'une syphilis antérieure.

Ce malade a eu la variole en 1870. Il s'est marié en 1878; sa femme n'a pas eu de fausses couches. Il a eu deux enfants dont un est mort de diarrhée à l'âge de 9 mois.

En 1870, il a eu une blennorrhagie simple, sans gonflement du prépuce. Il n'a jamais eu de chancre, mais il se plaint quelquefois d'avoir des poussées d'*herpes preputialis*.

En 1879, il fut pris de coliques sèches très violentes qui ne cédèrent que grâce à un lavement purgatif. Elles durèrent plus de huit jours sans rémission; on fut obligé de lui faire chaque jour des injections de morphine. Les urines étaient normales. Jamais il n'a été atteint d'intoxication saturnine.

C'est en 1880 que commencent les accidents du côté de la gorge. Il éprouva d'abord une assez vive douleur à la gorge, avec inflammation des amygdales et gêne considérable de la déglutition. On lui fit alors deux fois des cautérisations, pro-

blement au nitrate d'argent. Le médecin qui le traita ne parla pas de syphilis. Il n'y avait pas d'épidémie de diphthérie dans le pays à cette époque. En 1880, la voix n'était pas altérée, les troubles qu'elle présente ne débutèrent qu'en 1881 et 1882, et ce n'est même que depuis deux ans qu'elle présente le timbre actuel d'une façon définitive. En 1882, il prétend avoir craché une petite peau blanche teintée de sang qui paraissait s'être détachée du côté gauche.

J'examine le malade avec le plus grand soin, il ne présente aucun engorgement ganglionnaire, il prétend n'en avoir jamais eu. Jamais il n'a trouvé de croûtes dans ses cheveux. Sur la poitrine je constate quelques rares taches, un peu cuivrées, à la rigueur. Ces taches se recouvrent d'une petite croûte qu'il a enlevé plusieurs fois ; elles causent, d'ailleurs, une légère démangeaison.

En résumé, d'après les renseignements que l'on est en droit de croire sincères, il est difficile d'admettre l'existence de la syphilis ; cependant, les cas de syphilis ignorée, évoluant à l'insu du malade, ne sont pas rares, et nous pensons que c'est la seule affection qui ait pu déterminer de semblables désordres.

J'ai revu le malade au mois d'août 1886. Son état était tout à fait identique à celui constaté au mois de décembre 1885.

Je me suis demandé s'il fallait intervenir chez ce malade. La question du traitement interne n'était même pas à soulever, car on ne pouvait rien espérer d'une telle déformation. Restait la question chirurgicale. Pour le moment, j'ai préféré ne rien tenter, car le malade ne souffre nullement. Il se plaint seulement de ne pouvoir chanter comme autrefois. Il n'a pas d'oppression et n'éprouve aucune gêne de cette sténose relative. On peut se demander ce qu'il adviendrait si le larynx était touché à un moment donné par une inflammation aiguë ; dans ce cas, il serait à craindre de voir la glotte supplémentaire se rétrécir, provoquer des accès de suffocation et peut-être exiger une trachéotomie d'urgence. La trachéotomie faite, il serait possible, soit de dilater l'orifice supérieur par des incisions transversales au galvanocautère, soit peut-être par cautérisation galvanochimique. Mais il serait

plus simple sans doute de tenter d'abord la dilatation progressive par la méthode de Schrotter. Quant à enrayer la dilatation actuellement à l'aide des dilateurs, en dehors de toute trachéotomie, nous n'y avons pas songé. Le plus sage parti était de rester dans l'expectative.

On le voit, cette observation est importante à signaler, tant par sa rareté que par la question opératoire qu'elle pourrait soulever à l'occasion.

III

CINQ CAS D'ARTÈRES VOLUMINEUSES VISIBLES A L'ŒIL NU ET PULSATILES DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU PHARYNX, AVEC REMARQUES (1),

Par **John-W. FARLOW**, de Boston.

Cas I. — E. N., fillette de 13 ans, vint me consulter au dispensaire de Boston, pour un catarrhe nasal et une adénopathie cervicale, elle avait en même temps de la pharyngite atrophique. Mon attention fut immédiatement attirée sur la présence de deux vaisseaux très volumineux et animés de battements sur la paroi postérieure du pharynx, à environ un quart de pouce (6 à 7 millimètres) en dedans des piliers postérieurs et situés immédiatement sous la muqueuse. En déprimant la base de la langue, on put voir l'extrémité inférieure de la pulsation et la limite supérieure qui semblait à peine plus élevée que la base de la luette. Les vaisseaux avaient une direction rectiligne et le gauche battait avec plus de force que le droit; au toucher, il donnait l'impression d'une artère aussi considérable que la radiale. Une figure donnera une bonne idée de ces vaisseaux. La malade ne se doutait en rien de cette particularité de son pharynx. Pensant que les ganglions lymphatiques hypertrophiés pouvaient être la cause de cette pulsation, par une compression, je m'attachais à voir si la diminution de volume de ces glandes était suivie de l'atténuation des vaisseaux, mais tel ne fut pas le cas, les glandes

(1) Nous devons ce mémoire, qui sera lu à une société savante de Berlin en même temps qu'il paraîtra dans les *Annales*, à l'obligeance du Dr Farlow et de notre excellent collaborateur et ami le Dr F.-H. Hooper.

disparurent, le catarrhe nasal s'améliora, mais l'aspect pulsatile ne varia pas ; je la revis dix-huit mois après et ne trouvai aucun changement dans les vaisseaux.

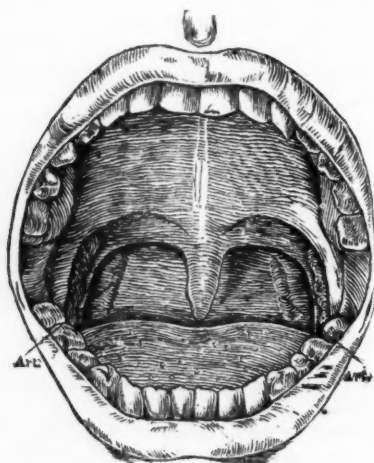


Fig. 1.

Cas II. — Mary C., âgée de 18 ans, vint me consulter pour un catarrhe nasal et une rhinite atrophique. Il y avait sur la paroi postérieure du pharynx un vaisseau très volumineux et pulsatile du côté gauche du pharynx, comme dans le cas précédent, mais il n'en existait pas à droite. Il n'y avait pas d'adénopathie.

Cas III. — Anna M., âgée de 25 ans, vint me consulter pour un catarrhe naso-pharyngien. A la paroi postérieure du pharynx se voyaient des artères volumineuses et pulsatiles, le cas était absolument semblable au premier.

Cas IV. — Femme de 20 ans, vue à *Massachussets general hospital* par le Dr C.-I. Knight et F.-H. Hooper. Nous n'avons pas d'observation écrite de ce cas, mais le Dr Hooper pense que le gros vaisseau, situé sur la paroi postérieure du pharynx, se trouvait entre la luette et les piliers postérieurs.

Tous ces cas se sont rencontrés chez des filles ; chez toutes, l'on observa la rhinite atrophique et dans deux de ces cas l'affec-

tion était si marquée que la muqueuse était mince, sèche et luisante.

Cette anomalie anatomique doit être bien rare, car je n'en ai trouvé aucune mention dans la littérature. Depuis cinq ans que je fais le service des affections de la gorge, au dispensaire de Boston, je n'ai jamais rencontré un seul cas et encore les trois que j'ai observés l'ont été dans l'espace d'une ou deux semaines; c'est souvent le cas pour les faits rares.

Pour savoir quels peuvent être les vaisseaux, voyons d'abord quelle est la circulation normale du pharynx; il reçoit son sang, comme l'on sait, d'une branche de la carotide externe, la pharyngienne ascendante, et d'une branche de la faciale, la palatine ascendante (Voir la figure 2).



Fig. 2.

Cruveilhier (*Anat.* vol. 3, p. 86) dit : La pharyngienne ascendante est la plus petite branche de la carotide externe.

Son calibre est la proportion inverse de celui de la branche palatine du facial. Je l'ai vue aussi volumineuse que l'occipitale. Les branches pharyngiennes se subdivisent, près de la base du crâne, en plusieurs rameaux qui pénètrent le tissu très dense et très serré de l'interstice occipital du pharynx; alors elles se dirigent en bas et se terminent dans les parois des trompes d'Eustache et dans les muscles du pharynx. Dans un cas d'absence de la branche palatine du pharynx, j'ai vu la pharyngienne très volumineuse irriguer les amygdales et se perdre dans le voile du palais.

Sappey (*Anat. descript.*, vol. 2, p. 575) dit : La pharyngienne ascendante se distingue des autres branches de la carotide externe par son petit calibre et sa direction verticale.

Gray (*Anat.*, p. 454) dit : La plus considérable des branches de la pharyngienne ascendante se dirige en dedans, en passant sur le constricteur supérieur et envoie des ramifications au voile du palais, à la trompe et à l'amygdale et remplace la branche ascendante de la palatine, quand ce vaisseau est d'un petit calibre. Passant ensuite à la description de ce dernier, Gray dit qu'il passe entre le styloglosse et le stylopharyngien et se dirige vers le côté extérieur du pharynx. Après avoir irrigué ces muscles, l'amygdale et la trompe, cette artère se divise près de l'élévateur du voile du palais en deux rameaux; un d'eux suit le tenseur du voile dans toute son étendue et se distribue au voile et aux glandes palatines; l'autre va à l'amygdale où il se distribue, s'anastomosant avec l'artère amygdalienne. La branche amygdalienne passe sur le côté du pharynx et, perforant le constricteur supérieur, se distribue dans l'amygdale et à la base de la langue.

Donc, suivant les descriptions précédentes, il semble, dans mes cas, que les vaisseaux que j'observais étaient les pharyngiennes ascendantes, en raison de leur situation au niveau du constricteur supérieur et de leur direction verticale et, comme ces vaisseaux étaient très considérables, il est bien possible que chez mes malades les palatines ascendantes étaient fort petites. L'atrophie de la muqueuse permettait de constater aisément les pulsations artérielles.

On comprend l'importance de cette condition anatomique quand, par exemple, il est nécessaire d'ouvrir un abcès rétro-pharyngien : on pourrait alors provoquer une hémorrhagie sérieuse. Il est donc indispensable, avant d'opérer, de s'assurer, avec le doigt, de l'existence d'un vaisseau de volume anormal.

Le Dr Porter (*Trans. am. med. assoc.*, 1882, p. 511) rapporte un cas d'hémorrhagie venant de derrière l'amygdale gauche, et qu'il pensa être occasionnée par l'artère amygdalienne ou une branche de la pharyngienne ascendante ; il cite un autre cas d'hémorrhagie par ulcération de la face postérieure du voile du palais, venant probablement des mêmes vaisseaux.

Le Dr Carrol Morgan, de Washington, qui a récemment publié un mémoire sur l'hémorrhagie consécutive à l'uvulotomie, m'écrit ce qui suit : Les hémorrhagies rebelles, qui suivent quelquefois cette opération, sont causées par les conditions anatomiques que vous décrivez si bien. Mes recherches bibliographiques n'ont pas été fécondes, car j'ai rassemblé 13 cas d'hémorrhagie dangereuse après cette opération et je dois dire que 12 d'entre eux n'ont jamais été publiés et que je ne les ai connus que par des informations directes d'autres confrères. Il est assez étrange que des anomalies artérielles, dont les effets peuvent être aussi dangereux, après l'uvulotomie, n'aient presque jamais attiré l'attention des opérateurs.

Ces artères doivent aussi être prises en considération, lorsqu'on fait le traitement chirurgical des affections de l'amygdale. Beaucoup de cas d'hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie ont été rapportés, et, dans la plupart, on n'a pas mentionné le fait de l'existence d'une artère volumineuse, et il me semble pourtant qu'un examen vigilant aurait révélé cet état dans quelques-uns de ces cas.

Downie (*Edinb. M. T.*), parlant de la tonsillotomie, dit que, des vaisseaux voisins, la pharyngienne ascendante est la seule qui puisse être intéressée, et seulement quand la division se fait dans le tissu de l'amygdale, jamais dans l'excision.

Billroth (*Lancet* 1870, vol. 11) enlève l'amygdale gauche chez une dame hystérique. La glande était projetée vers le milieu du gosier et probablement un morceau de muqueuse pharyngienne fut arraché avec l'amygdale. Une hémorrhagie sérieuse survient, que Billroth attribua à une grosse branche de la pharyngienne ascendante.

Dans le *Schmidt's Jahrbücher*, vol. 166, on rapporte un cas d'hémorrhagie redoutable après la section de l'amygdale gauche. Des hémostatiques divers furent employés sans succès, et, au bout de trois heures, on fut obligé de lier la carotide primitive. Dans ce cas, la cause de l'hémorrhagie fut attribuée à une ramification anormale des vaisseaux.

On pourrait citer d'autres cas qui montrent l'importance qu'il faut attacher à la possibilité de l'existence des vaisseaux volumineux que je viens de décrire et cette condition mérite, de la part de l'opérateur, l'emploi de précautions et d'un examen sérieux, avant de pratiquer ces opérations.

Depuis que ce mémoire a été écrit, j'ai vu un autre cas.

Cas V. — Une petite fille de 4 ans me fut amenée pour un catarrhe nasal; sur la paroi postérieure du pharynx, du côté droit, se trouvait un vaisseau volumineux et pulsatile comme dans les autres cas. Les ganglions cervicaux étaient notablement hypertrophiés. La sœur de l'enfant, âgée de 5 ans, a aussi de la rhinite et de la pharyngite, mais on ne voit pas d'artère.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de l'organe de la voix (à l'usage des chanteurs et des orateurs), par MORELL MACKENSIE (London, Macmillan and Co, 1886.)

Ce très intéressant petit volume est divisé en huit chapitres. — La lecture en sera profitable non seulement aux gens qui usent de leur voix, mais encore aux médecins, qui y trouveront de nombreux enseignements.

Chapitre I. — *Introduction.*

Chapitre II. — *La voix.* — Les organes vocaux sont minutieusement décrits de même que leur fonctionnement.

Chapitre III. — *La voix chantée.* — De nombreuses figures montrent l'attitude des lèvres de la glotte dans les différents registres de poitrine ou de fausset. A ce sujet, l'auteur rapporte les opinions de Lehfeldt, Garcia, Battaille, Mandl, M^{me} Seiler, Behnke, Illingworth, Wesley Mills, Martel, Gouguenheim et Lermoyez.

Chapitre IV. — *Éducation de la voix chantée.* — Le choix d'un maître est chose capitale, car des débuts dépend souvent le succès. Quant à l'usage du laryngoscope pour contrôler le mécanisme du larynx, c'est chose au moins inutile entre les mains de l'artiste. Il faut avec grand soin déterminer quelle est la voix de l'élève et c'est là un point qui est souvent des plus délicats.

La respiration est d'une importance capitale ; types costal et abdominal. Ce dernier seul est rationnel.

Nous ne pouvons citer tous les points importants de ce chapitre capital dans lequel l'auteur fait preuve d'une compétence hors ligne et d'une connaissance approfondie de la technique du chant, de ce que l'on appelle la *méthode*.

Chapitre V. — *Du soin que l'on doit prendre de la voix formée.* Le chanteur doit faire des exercices journaliers et éviter avec le plus grand soin de forcer sa voix et de la laisser trembler.

Chapitre VI. — *Hygiène spéciale des chanteurs.* — Il faut que le chanteur s'entretienne en bonne santé, s'il veut conserver sa voix. Quant aux substances alimentaires ou médicamenteuses qui auraient la propriété de donner de la voix, on sait ce qu'il faut en penser.

Chapitre VII. — *La voix parlée.* — Après avoir montré son mécanisme, l'auteur parle des défauts du discours et des affections de l'organe vocal avec lesquels ils sont en rapport, telles que : obstruction des narines, paralysie des cordes vocales, etc. Parmi ces affections, un bon nombre peuvent être guéries par une intervention médicale opportune.

Chapitre VIII. — *Éducation de la voix parlée.* — L'éducation de la voix parlée est aussi nécessaire que celle de la voix chantée, surtout quand il s'agit d'un orateur ou d'un

prédicateur, car une prononciation vicieuse est un sérieux obstacle à ces deux professions. Il est aussi d'une grande importance de bien choisir les maîtres qui doivent enseigner les langues étrangères.

L'orateur qui a bien travaillé son élocution est complètement maître de ses effets et évite le grave défaut du *gutturalisme* (voix de gorge).

M. Morell Mackenzie termine en donnant d'utiles conseils sur la manière de corriger les défauts acquis et sur l'hygiène des orateurs.

H. C.

La voix, le chant et la parole, guide pratique pour les chanteurs et pour les orateurs, par MM. LENNOX BROWNE et EMIL BEHNKE. — (Sampson Low, Marston, Scarle and Rivington. — Fleet Street, n° 188, Londres, 1886.)

Presque tous les livres écrits par les médecins à l'usage des chanteurs pèchent par l'absence des notions précises sur la technique et l'art du chant. Cependant le médecin appelé à soigner les larynx d'artistes doit être capable de reconnaître non seulement les altérations pathologiques de l'organe, mais encore ce que l'on peut appeler ses habitudes vicieuses, ses tics si l'on me permet l'expression.

Que de malades sont électrisés pendant des mois sans résultat pour faire disparaître le *souffle dans la voix*, alors qu'il faudrait simplement rectifier leur intonation vicieuse, dont leur oreille et celle de leur professeur ont insensiblement pris l'habitude.

C'est un peu dans le sens que nous indiquons ici qu'est rédigé le livre de MM. Lennox Browne et E. Behnke. — Leurs compétences spéciales se sont heureusement combinées et fondues pour faire une œuvre sérieuse et nouvelle dans beaucoup de points.

Au point de vue purement scientifique, nous devons signaler les nombreuses photographies de la glotte en vibration dans les différents registres et du pharynx dans l'émission de différents sons. Ce sont là des documents précieux qui serviront sûrement à éclairer la question encore si controversée du mécanisme de la voix de poitrine ou de fausset.

Nombre d'artistes et même de médecins feraient bien de méditer les pages consacrées à la respiration.

Une bonne respiration est le secret de certains chanteurs, dont nous admirons dans les concerts la voix toujours sûre et fraîche.

L'étude du chant est des plus délicates et il est de la plus haute importance de faire choix d'un bon professeur, car un maître inexpérimenté peut *casser* la voix et du même coup la carrière d'un artiste. MM. Lennox Browne et E. Behnke passent en revue les nombreuses erreurs qui peuvent se glisser dans l'enseignement et leurs conséquences dont la principale est sûrement l'extension trop considérable donnée à l'un des registres, par exemple au registre de poitrine chez la femme; il en résulte, entre autre inconvénient, une sorte de saut brusque entre la voix de poitrine et la voix de tête, qui rend ces chanteurs éminemment aptes à chanter la tyrolienne.

Un chapitre, moins important est consacré à l'hygiène journalière et alimentaire du *praticien de la voix* (voice user), je dis moins importante, parce qu'il s'agit là d'une simple affaire de bon sens à l'usage de tout le monde. Il n'existe ni paletot ni liqueur euphonique. C'est aussi l'avis de MM. Lennox Browne et E. Behnke qui ont fort bien fait de ne consacrer qu'une vingtaine de pages à ces questions.

Enfin dans un dernier chapitre les auteurs énumèrent avec quelques mots de commentaires seulement les maladies les plus fréquentes que présente le *voice user*. H. C.

De la voix chez l'enfant, par ÉMIL BEHNKE et LENNOX BROWNE (chez Sampson Low, Marston, Scarle et Rivington crown Buildings, 188, Fleet Street. — Londres, 1885).

Quelle différence y a-t-il entre la voix des jeunes garçons et celle des jeunes filles ?

A quel âge doit-on faire commencer l'étude du chant ?

Quelle influence la culture de la voix peut-elle exercer sur la santé générale ? etc.

Quels liens existent entre la voix des petites filles et celle des femmes ?

Quelles sont les causes de la mue dans les deux sexes ?

Le chant chez les jeunes garçons avant la puberté — quels résultats donne-t-il ? etc.

Peut-on déterminer quelle sera plus tard la voix du jeune garçon ?

Les jeunes filles peuvent-elles chanter pendant la puberté ?

A quel âge une jeune fille doit-elle commencer l'étude du chant ?

Telle est la liste des questions traitées dans cet excellent petit ouvrage avec toute la compétence que l'on est en droit d'attendre d'hommes auxquels les lois de la phonation et du chant sont tout particulièrement familières.

Mais les auteurs, pour donner à leur œuvre une valeur hors ligne, se sont adressés aux artistes et aux orateurs les plus éminents d'Angleterre. — Près de deux cents « *professionnels* » du Royaume-Uni ont répondu au questionnaire qui leur était posé !

On conçoit qu'un livre fait dans de telles conditions soit un véritable document. Chaque page en est intéressante et instructive.

H. C.

De l'usage de la voix. — Les excitants, le tabac (chez A. N. Marquis and Co — Chicago, 1885) par LENNOX BROWNE.

Les excitants et l'usage du tabac ont-ils sur la voix une influence heureuse ou néfaste ?

Le chanteur doit-il ou peut-il en faire usage ?

Pour donner à ces questions une réponse exacte, M. Lennox Browne s'est adressé à 370 artistes, maîtres de chapelle, chanteurs ou professeurs de chant de la Grande-Bretagne, choisis parmi les plus illustres.

Voici le résumé des réponses qui furent faites par les 370 correspondants à la question : Avez-vous l'habitude de prendre des stimulants alcooliques ?

213	répondirent	Oui.
101	—	Non.
41	—	Quelquefois.
25	—	Rarement.

Les uns prennent de l'ale, les autres du porter, du vin ou de l'eau-de-vie.

Nombre de chanteurs célèbres font usage, en chantant, soit d'une boisson spéciale, soit de pastilles et bien des gens voient dans cette pratique le secret de leur voix et la cause de leurs succès.

M. Lennox Browne s'est préoccupé du fait pour plusieurs.

Il nous rapporte que la Malibran prenait souvent un mélange de bière, de vin de Bourgogne blanc ou de rhum très sucré. Un jour que le baron de Trémond lui demandait quel breuvage elle allait prendre, aussitôt la chanteuse lui met à la bouche et lui fait boire de force le contenu d'une tasse qu'elle tenait à la main; c'était un atroce mélange de miel, d'eau d'orge et d'extrait de goudron.

Caroline Bauer devait chanter pour le bénéfice d'un artiste nommé Dolle, mais un enrrouement subit la mettait hors d'état d'émettre un son. Il va falloir rembourser la location et l'argent est déjà en grande partie dépensé. On juge de l'embarras du pauvre diable. — Heureusement il possède la recette d'un spécifique pour les maux de gorge; il le prépare et le présente à la chanteuse qui l'avale d'un trait. Le spécifique était composé d'un quart de pinte de bière chaude, dans laquelle il avait fait fondre une chandelle de suif, une belle chandelle de quatre (comme disaient nos grand'mères), et la Bauer recouvra la voix.

Les artistes ont généralement bon cœur.

Nous ne pouvons malheureusement pas suivre M. Lennox Browne et rapporter ici toutes les anecdotes dont son livre est émaillé.

Quant à l'usage du tabac, voici ce qui a été répondu au questionnaire : Sur 388 chanteurs :

190 fument.

118 ne fument pas.

39 fument parfois.

33 fument rarement.

H. C.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN.

DE LA MOGUIPHONIE

Par le professeur **B. FRÄNKEL.**

(Séance du 22 janvier 1887.)

On regarde toujours le spasme phonétique de la glotte comme le type d'une névrose professionnelle du larynx (Beschäftigungsneurose). L'auteur ne veut parler aujourd'hui ni de cette forme, ni du trémolo des chanteurs dont les causes ne lui paraissent pas assez étudiées, mais d'une troisième forme, la forme paralytique. Il en a vu six cas bien nets, et il est persuadé qu'ils ne sont pas aussi rares que les recherches bibliographiques sembleraient le faire croire. Il se propose de décrire un seul cas, tous les autres étant presque semblables. Parmi les malades, il y avait deux chanteuses, un chanteur, deux institutrices et un prédicateur. Une des chanteuses, jeune fille bien portante, nullement névropathique, avait une fort belle voix. Quand elle avait chanté un peu de temps, elle se plaignait que sa voix lui manquât : à l'examen des voies aériennes supérieures, on ne constate rien d'anormal, sauf une légère pharyngite chronique ; l'image du larynx est tout à fait normale et les mouvements des cordes vocales sont réguliers. Fait-on chanter la malade, elle commence d'une voix sonore, mais, après peu de temps, la voix s'affaiblit et ne tarde pas à s'éteindre. Elle sent un peu de douleur pendant qu'elle chante, ce qui la met rapidement dans l'impossibilité d'émettre un son.

Si l'on examine alors le larynx, on constate une tension moindre des cordes vocales et un peu plus de largeur de l'orifice glottique, modification, du reste, fort peu accentuée.

Le prédicateur prétend qu'après avoir prêché moins longtemps que d'habitude, il lui faut terminer brusquement, mais il peut encore très bien converser.

Quant aux institutrices, elles sont obligées de cesser rapidement leurs leçons.

Tout cela ressemble à la forme paralytique de la moguigraphie (Schreibkrampf). Les mouvements coordonnés, et surtout les plus difficiles, ne peuvent plus se produire. L'auteur a donné à cet état le nom de moguiphonie. Il n'y a pas dans cette affection de symptômes spasmodiques, mais la fatigue atteint un tel degré qu'elle est insurmontable, même par les plus grands efforts.

On pourrait croire à une simulation, mais cette supposition doit être rejetée en pareil cas, car les malades observés n'avaient aucun intérêt à cela. L'affection est-elle une névrose professionnelle, ou est-elle de cause hystérique ou névropathique ? Aucun de nos malades n'était nerveux ni hystérique, et les symptômes si fréquents dans l'hystérie, tels que l'aphonie et la paresthésie du larynx manquaient entièrement.

Quelle thérapeutique employer ? Fallait-il interdire de chanter aux chanteurs, de prêcher au prédicateur, et de faire leurs leçons aux institutrices ? Cela n'était guère pratique. L'auteur a employé successivement tous les remèdes usités, surtout l'électricité, courant faradique et courant continu, sans le moindre succès. Tant que les malades ne se livraient point à leurs occupations, ils semblaient guéris, mais s'ils recommençaient, tout réapparaissait. Un des malades a été traité par le massage avec plus de succès.

Discussion. — M. le professeur TOBOLD n'a rien à ajouter à la description de M. Fränkel. Il a observé des cas semblables chez des officiers qui ne pouvaient plus commander. Il a eu de bons résultats de l'emploi du courant continu, qu'il faut employer quelquefois pendant toute une année.

M. KRAUSE croit aussi que ces cas ne sont pas trop rares. Il a observé un pasteur de campagne qui avait pris l'habitude de parler toujours sur un ton pathétique qui avait fini par le fatiguer. Pour lui, ces malades inspirent avec beaucoup de force et fatiguent démesurément les muscles du larynx. Il leur recommande, pour tout traitement, d'éviter ces vicieuses habitudes.

M. le professeur LEWIN a déjà décrit cette affection en 1861.

Il croit que la cause en est dans l'habitude de trop déprimer l'épiglotte pour donner plus de résonance à la voix.

M. FRANKEL a aussi observé un officier chez lequel les symptômes n'étaient pas aussi accentués. Il ne croit pas que M. Lewin, dans son travail de 1861, ait parlé de névroses professionnelles.

D^r A. KRAKAUER.

PRESSE ÉTRANGÈRE.

Gangran der ohrmuschel (Gangrène du pavillon de l'oreille), par EITELBERG, de Vienne (*Wiener medical Wochenschrift*, 21, 1885.)

L'auteur rapporte deux cas où il observa cette lésion, suivie de mort. Le premier se rapporte à un enfant de 13 mois, scrofuleux, qui présente sur la conque du pavillon de l'oreille gauche une plaque sphacélée. En même temps, existait une otite moyenne purulente du même côté. Cinq jours après, terminaison fatale. Une jeune fille de 3 semaines présenta les particularités suivantes : le lobule et une partie de la conque, bruns foncés, ratatinés et manifestement refroidis. La mort fut la terminaison comme dans le premier cas.

P. T.

Meditzinshoié obozrenié (Expériences concernant les fonctions du limaçon), par E. STÉPANOW, de Moscou. — Communication préliminaire. (*Revue médicale*, 1886, n° 20.)

Le cas observé par l'auteur de la nécrose d'une partie du limaçon avec conservation de l'ouïe, étant contradictoire de la théorie de Helmholtz, l'a engagé à entreprendre des expériences pour vérifier l'exactitude de cette théorie.

D'après le conseil de M. Gellé, un cochon de mer fut choisi pour cette expérience. Voici les conclusions de ces expériences : « 1° La perception des tons musicaux bas ne disparaît pas avec la destruction de la partie supérieure du limaçon chez ce cochon de mer ; 2° la destruction de la partie supérieure et moyenne des deux limaçons ne provoque pas en général la perte de la perception, quels que

soient les tons de la gamme. » Ces conclusions sont en opposition avec l'opinion de Helmholtz. OUSPENSKY.

Studie über ohrenklingen (Étude sur les bourdonnements d'oreille), par M. KIESSELBACH (In *Monatsschrift für Ohrenheilkund*, 1886).

Dans un long article, consacré à ce sujet, Kiesselbach essaie, d'après un certain nombre d'expériences et d'observations personnelles, d'élucider le mécanisme de ces bourdonnements d'oreille. Il attribue une grande importance à l'étude du rôle de la membrane du tympan, du boursoufflement inflammatoire de la trompe d'Eustache, aux variations brusques de tension du liquide labyrinthique et aussi à l'hyperémie des organes de réception, hyperémie dont le résultat immédiat est l'hyperesthésie sensorielle. Aussi les règles qu'il en déduit, au point de vue du traitement, sont-elles basées sur ces vues. Cathétérisme et électrisation directe de la trompe. Injection de pilocarpine, etc., etc.

P. T.

Erysipelas of the larynx and pharynx, par B. DELAVAN, de New-York.

L'auteur rapporte deux cas de cette affection plus commune peut-être dans la pratique civile que dans les hôpitaux, et y insiste beaucoup, parce qu'elle est souvent méconnue.

Importanza transcendentale del laryngoscopio nella diagnosi di alcune infermità extralaryngie (Importance de l'examen laryngoscopique pour le diagnostic des lésions extralaryngées), par ARIZA, de Madrid (*Centrablatt für Laryngologie*, 1886).

Entre autres, l'auteur cite le cas de l'anévrysme de l'aorte avec paralysie plus ou moins complète du récurrent gauche. Dans ce cas, on peut quelquefois apercevoir, au-dessous de la glotte, une saillie anormale de la paroi trachéale, saillie animée de battements. Ajoutons qu'au point de vue des lésions du médiastin antéro-inférieur, l'examen laryngoscopique est souvent indispensable au diagnostic.

P. T.

Laryngite hémorrhagique, par PAUL STRÜBING) In *Intern. Centralblatt f. Laryng.*, 1886, p. 137).

Les cas publiés de laryngite hémorrhagique sont assez rares; aussi cette affection est-elle encore peu connue. Frankel, Stepanow en ont publié des exemples. Il ne faut pas appeler ainsi les laryngites ordinaires dans lesquelles il se fait une petite hémorrhagie capillaire passagère.

Le propre de la laryngite hémorrhagique est l'intégrité de la muqueuse, et l'hémorrhagie se trouve soit à la surface, soit sous la muqueuse. On rencontre quelquefois dans la laryngite sèche, lors du détachement des croûtes, quelques légères hémorrhagies qui sont hors du cadre de la laryngite hémorrhagique.

L'hémorrhagie peut être très légère, par points, dans le larynx, se manifestant dans les crachats par des stries, ou plus abondante jusqu'à une cuiller à soupe et plus. P. T.

Étude des injections intratrachéales de liquides, par SEHRWALD, d'Iéna (*Deutsches Archiv f. Klin med.*, Band. 39, 1886; In *Internat. Centralblatt für Laryng.*, 1886, p. 140).

L'introduction de l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la trachée est, avec les précautions antiseptiques ordinaires, facile, sans danger et presque sans douleur. D'ordinaire la toux s'ensuit; mais on peut facilement l'éviter en chauffant les liquides à la température du corps, en injectant très lentement.

Un chien de 16 livres supporta absolument bien l'injection de 10 à 25 grammes de liquide; 100 grammes sont encore bien tolérés; 250 grammes représentent le maximum qui, par l'assuétude, peut atteindre 775 grammes.

L'acide salicylique à 1/100, l'acide borique à 5/100 le sublimé à 1/5000 sont bien tolérés.

En changeant de position, on peut faire arriver le liquide sûrement à l'endroit voulu.

Le liquide atteint les alvéoles, le tissu conjonctif péribronchique et sous-pleural, les cartilages et vraisemblablement aussi les néoplasmes dépourvus de vaisseau; puis il atteint les ganglions bronchiques.

Les poumons résorbent plus rapidement que le tissu cellulaire sous-cutané et la muqueuse du tube digestif. La position horizontale ralentit la résorption.

Un poumon de chien résorbe ainsi, en moins de 5 jours, 4 fois son poids de liquide.

Il en résulte l'action plus rapide et à doses plus faibles des agents médicamenteux sur le poumon ; ce procédé se rapproche de très près de l'injection intraveineuse. P. T.

Laryngo-typhus, par TOGE HAUSSEN, de Aarhin-Danemark (In *Centralblatt für Laryng*, 1886, p. 53).

Il s'agit d'un cas de laryngo-typhus se manifestant brutalement, chez un sujet de 17 ans, par de la toux et de la dyspnée. L'asphyxie était tellement menaçante, qu'on pratiqua la trachéotomie qui fut suivie d'une accalmie notable. L'ablation de la canule amenait la réapparition des symptômes asphyxiques. Le côté droit du larynx, dans la région aryénoïdienne, était le siège d'une tuméfaction vivement colorée. P. T.

De la pathologie et du traitement de la syphilis laryngée et pulmonaire, par SCHNITZLER, de Vienne (*Wiener Presse*, n° 15-17, 1885, In *Centralblatt f. Laryng.*, p. 54).

La malade que présente l'auteur à la Société des médecins de Vienne, le 22 février 1886, est depuis 3 ans en traitement entre ses mains. Au début, il y avait ulcération des cordes vocales et perforation au niveau du pilier droit du voile palatin. Matité et respiration bronchique aux sommets du poumon. Absence de bacilles.

Schnitzler pensa à une combinaison tuberculo-syphilitique. La malade fut revue assez rarement ; cependant on put observer l'adhérence des cordes vocales se produisant successivement d'avant en arrière. Enfin, le 10 novembre 1885, après 10 mois d'interruption, il existait une membrane réunissant les deux cordes et rétrécissant la fente glottique jusqu'au diamètre d'un tuyau de plume.

Il existait en outre de la périostite gommeuse au bras. Schnitzler sectionna la membrane en plusieurs points à l'aide

d'un couteau laryngien et introduisit une sonde dans le larynx. — La glotte ainsi libérée, la voix redevint claire et assez pure. Un traitement énergique amena la guérison des gommages du bras et l'amélioration des poumons.

Schnitzler cite encore un autre cas de soudure des cordes, d'origine syphilitique, chez un sujet présentant une infiltration du sommet du poumon, des ulcérations sur les cordes nasales, sur le voile du palais, la voûte palatine et la luette malade depuis 3 ans ; depuis un an la symphyse avait commencé vers la commissure antérieure. — La destruction de la néomembrane avec le couteau libéra le larynx, et un traitement actif antisiphilitique améliora les signes thoraciques. On ne put découvrir de bacilles.

P. T.

Paralysie des dilateurs de la glotte comme symptôme initial du tabes dorsalis, par A. WEIL, d'Heidelberg (*Berliner klinisch Wochenschrift*; In *Centralblatt für Laryng.*, page 57, 1886).

Marin, 49 ans; au laryngoscope, cordes rapprochées sur la ligne médiane. — La glotte de 2 à 3 millimètres à l'expiration, est linéaire à l'inspiration. Il avait eu un an, mais surtout un mois avant, à la suite d'une course rapide, un accès de dyspnée avec bruit laryngé, et depuis lors ce cornage à timbre aigu avait persisté à l'occasion des mouvements ; la voix restait normale. Ce fut, autant qu'on put s'en assurer, le premier symptôme de tabes ; le tabes s'étant depuis affirmé (ptosis à droite, troubles papillaires, absence de réflexe rotulien, ataxie légère). Ce malade avait eu la syphilis, trois années auparavant. L'auteur insiste sur la nécessité de rechercher le tabes initial dans certains cas de paralysie des aryténoïdiens postérieurs sans étiologie satisfaisante.

P. T.

Troubles fonctionnels laryngés dans les affections du système nerveux central, par H. KRAUSE (*Centralblatt für Nervenheilkund*, n° 23; 1885; In *Intern. Centralblatt f. Laryng.*, 1886, p. 56).

Dans la chorée, la contraction des cordes faiblement ten-

dues s'accompagne presque toujours de trémulations légères, parésie des adducteurs.

Dans un cas de syphilis médullaire, une corde vocale en position presque médiane recouvra ses mouvements en même temps que les membres gauches paralysés, à la suite du traitement.

Dans l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie, il y eut souvent des troubles de la sensibilité dans le nez, le pharynx, le larynx et la trachée.

Dans un cas de paralysie pseudo-bulbaire, parésie notable des adducteurs à droite, paralysie totale à gauche.

Les cas de situation médiane des cordes dans les paralysies bulbaires appartiennent d'après l'auteur non à la paralysie des dilatateurs, mais à la contracture des adducteurs.

Dans les lésions centrales, il faut aussi quelquefois invoquer une contracture et non une paralysie. Krause rapporte à ce sujet une observation avec une dyspnée intense et brusquement survenue; le laryngoscope montra les cordes si intimement rapprochées, que l'expiration ne les faisait pas vibrer, et où l'autopsie montra des lésions au niveau du 4^e ventricule.

Dans deux cas de crises laryngées tabétiques, il y avait un peu d'inflammation et double contracture des adducteurs.

P. T.

Stammering a reflex symptom (Le bégaiement considéré comme un symptôme réflexe), par BLAKE (*Courrier médical de Saint-Louis*, 1885.)

L'auteur ne cite qu'un cas curieux.

P. T.

Trachéotomie sans canule, par PACKARD (*Médical Record*, 6 juin 1885).

Cet auteur repousse la canule comme dangereuse dans certains cas et jamais indispensable. Il la remplace par des écarteurs.

P. T.

Cas d'emphysème sous-cutané, consécutif à des lésions laryngiennes, sans solution de continuité de la peau, par le Dr FRAENTZEL, de Berlin (*Vortrag im Verein für innere Medicin*, 1885).

Fräntzel rapporte plusieurs cas intéressants d'emphysème

sous-cutané, consécutif à des lésions du larynx, sans solution de continuité de la peau.

Quoique le tégument n'ait pas été intéressé primitivement, c'est seulement après sa cicatrisation complète, et dans 4 cas d'ulcérations tuberculeuses laryngiennes, que l'auteur a vu cet emphysème se produire.

P. T.

Ulcérations laryngées, par SCHNITZLER. Section de laryngologie. — Réunion des Médecins et des Curieux de la nature de Strasbourg. Septembre 1885.

Schnitzler, de Vienne, admet comme incontestable l'existence d'ulcérations laryngiennes, d'origine purement catarrhale. — Tout en reconnaissant que la plupart sont d'ordinaire tuberculeuses, ou plus rarement syphilitiques, il étaye son opinion sur une série de cas qu'il a observés.

Gottstein, au contraire, répétant ce qu'il écrivait dans un de ses récents ouvrages, ne saurait reconnaître d'autre origine que la tuberculose ou la vérole, lorsqu'il existe une perte réelle de substance sur la muqueuse laryngienne.

Tel est aussi l'avis de Rosenfeld, de Stuttgart, qui en différencie les ulcérations herpétiques dont la durée peut être fort longue. Quoiqu'il n'y ait pas loin de l'érosion herpétique à l'exulcération réelle de la muqueuse, son opinion n'en a pas moins une grande portée. La guérison des ulcérations ne saurait entrer en ligne de compte contre leur nature tuberculeuse ; car, comme le fait remarquer Rosenfeld, il y a souvent guérison et guérison qui peut persister longtemps. Il est vrai d'ajouter que, dans ces cas fréquents, lorsque les ulcérations sont traitées dès le début, la récurrence est presque de règle. Du reste, le seul moyen de diagnostic sérieux est la recherche du bacille dans le pus de ces ulcérations.

P. T.

Zwei seltenere Falle von kelkopfsnecrose (Deux cas de nécrose laryngienne), par C. ROLLER. Congrès des Médecins et Curieux de la nature de Strasbourg (*Monatsch. f. Ohrenh.*, 1886).

Dans un premier cas, le ventricule de Morgagni et le

périchondre du cricoïde étaient lésés à gauche. Il y avait en même temps nécrose de ce cartilage.

Un jeune homme robuste, de constitution tout à fait vigoureuse, sans antécédents héréditaires, fut atteint, à la suite d'un refroidissement, de fièvre et de dyspnée. Les symptômes s'améliorèrent rapidement, mais bientôt ils restèrent stationnaires, jusqu'au jour où, 3 mois environ après le début, il vit apparaître en différents points des tumeurs à peine douloureuses, à évolution progressive mais lente, aux hanches, au genou droit, à l'avant-bras droit. Maigre, profondément anémié, à voix enrouée et voilée, il eut alors des accès de toux sonore, aboyante et une dyspnée laryngée inquiétante.

La toux, la dysphagie, l'abondance des glaires le fatiguaient surtout.

L'examen montra une sensibilité exagérée de la paroi postérieure du larynx, une pharyngite granuleuse et au niveau de la corde vocale inférieure gauche une tumeur rouge, violacée, empiétant sur le larynx, expliquant les troubles vocaux et respiratoires. Le reste de la muqueuse était pâle, la sensibilité et la motilité étaient conservées.

Les tumeurs situées dans les autres régions susnommées étaient à peine douloureuses, recouvertes d'une peau lisse, tendue, pâle, à peine douloureuses, ne donnant à une ponction exploratrice que quelques gouttes de liquide avec des cellules nucléées et nucléolées.

Les symptômes trainèrent en longueur jusqu'à l'ouverture spontanée d'un abcès rétropharyngien. L'état général s'aggrava, et 15 mois après le début, survint la mort.

A l'autopsie, on trouva les tumeurs, siégeant dans les interstices musculaires; une coque solide, épaisse de 3 centimètres environ, contenait une masse centrale ramollie. Autour d'elles, on voyait de petites tumeurs à coupe foncée, fortement pigmentées. L'examen microscopique montra de nombreux éléments arrondis, irrégulièrement disposés dans un stroma à larges mailles et à fin reticulum. Il s'agissait en somme d'un lymphoglobosarcome.

Les parois postérieure et latérale gauche du larynx étaient considérablement épaissies. La lumière était peu rétrécie. A la partie antérieure de la fausse corde vocale supérieure gauche, se trouvait un épaississement de 1 centimètre environ de section de consistance squirrheuse et de couleur foncée.

L'examen microscopique et histologique y décèle la même structure que nous avons signalée tout à l'heure. La partie postérieure du cartilage cricoïde était épaissie et présentait un séquestre dans son intérieur. Ce séquestre communiquait par une étroite fistule avec une poche purulente située en arrière sous le périchondre. Du reste, le périchondre lui-même était infiltré d'éléments embryonnaires.

Le second cas est une nécrose du thyroïde chez une femme, pour laquelle on pouvait mettre en ligne la syphilis et la tuberculose. Les vrais cordes vocales étaient hypertrophiées dans leur tiers antérieur, mais sans réaction inflammatoire. Une fistule située en avant sur le cou conduisait au cartilage. La voix était fort altérée. La fistule se rétrécit progressivement, l'état général s'améliora et la guérison complète resta une affaire de temps.

P. T.

Bemerkungen zu einem aeusserst schweren fall phonischen Stimmritzenkrampfes (Sur le spasme phonique de la glotte), par le Dr PH. SCHECH.

Cette histoire d'un malade affecté de spasme phonique de la glotte concorde parfaitement avec la pathogénie admise dans ces derniers temps : état nerveux, travail excessif du larynx, apparition de l'affection après un état catarrhal du larynx. Le malade, chantre de son état, affecté de bronchite, faisait son métier malgré sa maladie ; l'image laryngoscopique était celle que nous présente l'affection en question ; ce malade chantait parfaitement bien ; le spasme ne se produisait que dans la parole à voix lente, et même à voix basse ; les muscles de la nuque et de la surface antérieure du cou se contractaient même, probablement par voie réflexe (accessoire de Willis et hypoglosse). En même temps le corps thyroïde se gonflait, s'élevait et durcissait par suite de la contraction des fibres musculaires qui s'insèrent à sa surface postérieure (Luschka).

L'électricité employée de toutes les façons, les médicaments les plus variés, tout était resté inefficace, sauf les douches modérées employées à la nuque et à la surface antérieure du cou. Ce mode de traitement fut suivi de succès

dans un second cas de ce genre, et l'auteur y insiste, vu que tous les autres sont ordinairement inefficaces. D^r P. K.

Über keuchhusten behandlung (Sur le traitement de la coqueluche), par le D^r MICHAEL, de Hambourg. — Communication faite à la *Société médicale* de Hambourg, à la séance du 29 décembre 1885.

Après avoir rappelé en quelques mots que Hack, dans ses études sur les névroses nasales réflexes, et Schadowald ont laissé entrevoir la possibilité de ranger la coqueluche dans les affections réflexes d'origine nasale, le D^r Michael rapporte les résultats qu'il a obtenus à l'aide d'un traitement nouveau, qui lui a semblé être la conséquence de cette nouvelle manière de voir. Toutes les médications employées jusqu'ici, amendent les symptômes morbides, mais aucune n'arrête le cours de la maladie.

Aussi, étant donné le siège primordial de la lésion, la muqueuse nasale, était-il indiqué d'agir sur elle : par quelle méthode? Repoussant les cautérisations, comme pouvant déterminer des accidents locaux, et les injections comme difficiles chez les tout jeunes sujets et disposant à l'otite moyenne, il donne la préférence aux pulvérisations.

Et parmi les poudres qu'il a essayées, tannin, acide borique, iodoforme, etc., il recommande surtout la poudre de benjoin.

Grâce à cette médication, qu'il a pu appliquer dans 50 cas, il a obtenu la diminution rapide du nombre des quintes, qui devenaient moins violentes dès la première pulvérisation.

Il a pu du reste observer que l'effet était des plus rapides aux périodes initiale et terminale de la maladie. Il croit pouvoir conclure d'un certain nombre d'observations qu'il cite à l'appui de sa thèse, que la maladie a pu être enrayée dès la première période.

Les résultats ont été aussi favorables, quant aux complications, surtout quant à la broncho-pneumonie.

Un enfant de 10 mois, malade depuis 6 semaines, avait depuis 3 semaines environ 40 quintes par jour. En six jours,

guérison complète, qui se maintenait, lorsqu'il revit le malade quinze jours après.

Après avoir cité un certain nombre d'observations analogues, il indique en quelques mots le procédé opératoire. Il conseille une pulvérisation par jour avec le benjoin, cette pulvérisation pouvant parfaitement être faite par les parents. Il recommande de choisir le moment de l'expiration, afin de ne pas faire pénétrer la poudre dans la bouche ou le larynx, ce qui du reste serait sans grands inconvénients. La première pulvérisation détermine assez souvent une quinte, produite autant par la crainte instinctive que par la poudre elle-même. Les enfants s'habituent du reste très vite au médicament et le réclament lorsqu'on s'adresse à un autre. Ajoutons que l'auteur a expérimenté à l'hôpital dans un milieu pauvre, évidemment moins favorable que la clientèle de ville.

Que conclure de ces faits qui semblent bien établis? La coqueluche est une névrose réflexe dont il faut aller chercher la cause première dans la muqueuse nasale.

En effet, il ne croit pas à l'irritation primitive du pharynx par l'écoulement du mucus nasal par l'orifice postérieur, comme le veut Goldschmidt, puisque dans le stade aigu où les quintes atteignent leur maximum de fréquence, la pituitaire est ordinairement à sec, tandis qu'elle sécrète beaucoup au début et au déclin de l'affection. D'autre part, s'il est parfaitement juste que la pression et l'irritation du pharynx, et du larynx surtout, provoquent une quinte, on ne saurait en conclure forcément que le siège de la maladie réside en ce point, car dans toutes les toux spasmodiques, spécialement dans la chorée du larynx, pure névrose, on trouve une rougeur secondaire du larynx et une sensibilité réflexe très prononcée.

Schadewald a donné comme critérium de la toux d'origine nasale, que l'on provoque une quinte en touchant la muqueuse avec une sonde. Quoiqu'il n'en soit rien ici, quoique l'injection de poudre de benjoin, si irritante en elle-même, ne provoque ordinairement pas un accès de toux, M. Michael pense cependant que la coqueluche doit entrer

dans le cadre des névroses nasales réflexes, et qui se distinguerait des autres *toux du trijumeau* en ce sens que les irritations mécaniques n'agissent point sur la pituitaire qui répondrait ici seulement à l'irritation spécifique du parasite de la coqueluche.

Du reste, l'action des poudres inertes agissant mécaniquement a pu diminuer, mais non supprimer les quintes. C'est donc bien une action chimique que l'application d'une poudre médicamenteuse et non pas seulement une action mécanique.

On ne saurait penser à l'introduction de la poudre active dans le larynx, puisque M. Michael a pu observer la guérison dans un cas où des tumeurs adénoïdes du pharynx obstruaient complètement l'arrière-cavité des fosses nasales.

P. T.

Étude des glandes de la pituitaire, particulièrement des glandes de Bowman, par PAULSEN, de Kiel (*Archives d'histologie*, Band, 26, 550; In *Internat. Centralblatt für Laryn.*, 1886, p. 122).

L'auteur a examiné la justesse de l'opinion émise par A. Heidenhain sur l'absence de glandes propres dans les fosses nasales, où il n'y aurait que des glandules séreux produisant un liquide aqueux. A l'aide de procédés spéciaux ou empruntés à Flemming, Klein et Heidenhain, il a étudié les glandes de la région olfactive chez le cheval, le chien, le cochon, etc., et constaté trois formes d'épithélium dans les glandes.

Une partie possédait tous les caractères des cellules muqueuses, l'autre rappelait les cellules des glandes à sécrétion albumineuse, enfin la dernière semblait réunir les caractères des deux variétés précédentes.

P. T.

Tissu adénoïde de la pituitaire, par ZUCKERKANDL, de Gratz (*Wiener med. Jahrbucher*. V Heft, 1886; In *Inter. Centralblatt. für Laryn.*, p. 122, 1886).

L'auteur, dans un chapitre d'un mémoire important, parle ainsi du tissu adénoïde de la pituitaire :

Une légère infiltration de cellules lymphatiques est de règle, la présence de tissu adénoïde sous forme d'infiltration diffuse ou de follicules, pour n'être pas de règle, ne saurait cependant être regardée comme pathologique.

Ces follicules à réticulum et à cellules lymphatiques siègent soit sous l'épithélium, soit plus profondément au-dessous de la couche des capillaires.

P. T.

Ueber bedeutung und behandlung der nasen eiterungen (Catarrhe purulent du nez), par ZIEM, de Dantzig (*Monatsschrift für Ohrenheilkund*, IV, 1886).

Ziem semble s'être voué d'une façon toute spéciale à l'étude de quelques points négligés de la pathologie nasale. Avouons du reste qu'il y apporte, avec une compétence indiscutable, un soin et une scrupuleuse exactitude qui rendent toutes ses études intéressantes et utiles au clinicien.

De toutes les affections nasales, la rhinorrhée est certes une des plus fréquentes. Elle s'accompagne d'un tel cortège de signes révélateurs, même à distance, que les sujets qui en sont atteints ne tardent pas à réclamer les secours de l'art, avec d'autant plus d'insistance, qu'ils ont vite épuisé, et en vain, tout l'écheveau des moyens thérapeutiques.

L'auteur le reconnaît d'autant plus volontiers, qu'il est aujourd'hui guéri et a su par lui-même ce que vaut pareille infirmité. Il décrit longuement sa propre observation : à la suite d'une affection dentaire, il fut pris d'un catarrhe nasal chronique unilatéral, répondant au côté lésé du côté de la mâchoire. Lassé, rebuté de tous les traitements palliatifs, depuis les plus anodins jusqu'aux plus violents, il voyait avec amertume, avancer l'heure où il faudrait de par là renoncer à l'exercice de sa profession de médecin.

L'ouverture du sinus maxillaire avec lavage et injections répétés, amena enfin l'amélioration et finalement la guérison si impatiemment attendue. A l'ouverture de l'antre d'Higmore, on rencontra une plus ou moins grande quantité de pus.

Il cite ensuite un certain nombre de cas analogues où, plus ou moins rapidement, le traitement amena la prompt disparition des symptômes morbides.

Mais à quels signes reconnaitra-t-on l'inflammation du sinus maxillaire. Certes les troubles dentaires, l'écoulement périodique du pus par l'orifice naturel de l'antre d'Higmore dans les fosses nasales, les troubles névralgiques jugaux, l'unitéralité de la lésion sont des signes classiques et rarement trompeurs.

Cependant dans un cas, avec tous les signes de l'inflammation de l'antre d'Higmore, on avait affaire à une sinusite sphénoïdale. Voix nasale, douleurs dentaires, exophtalmie, strabisme surdité et cécité du côté gauche et ceci avec un sinus maxillaire indemne de toute lésion.

Sur 32 cas où le sinus maxillaire fut ouvert pour des rhinorrhées, on trouva 22 fois du pus ; 8 fois on constata son absence.

Quelle peut donc être la source du catarrhe purulent chronique du nez : 1° l'inflammation locale de la pituitaire ; 2° peut-être une maladie diffuse de cette muqueuse ; 3° la lésion des sinus voisins ; 4° une affection périostique ; 5° une affection dentaire. Enfin on peut voir ces diverses causes se superposer sur le même sujet. En effet les lésions des sinus sont souvent la suite d'affections nasales ou dentaires. Et cela semble tout logique, si l'on songe que ces sinus sont comme des prolongements de la pituitaire.

Quel est le sinus lésé ? C'est la question qui se pose et le problème est souvent difficile à résoudre.

La lésion de l'antre d'Higmore se révélera par ses signes particuliers, sur lesquels on ne peut cependant toujours compter :

1° L'augmentation de volume du maxillaire supérieur correspondant ;

2° La plus grande abondance de l'écoulement dans le décubitus sur le côté opposé ;

3° La douleur et le gonflement de la joue.

Mais si ces signes n'existent pas, l'incertitude augmente et on devra agir prudemment. Examiner l'ostium du sinus, extraire les dents cariées pour voir si l'on arrive sur un foyer purulent. Et alors seulement, suivant la pratique très

anciennement adoptée, ouvrir le sinus, et y pratiquer des injections antiseptiques.

L'ouverture se fera soit par l'alvéole, soit par la fosse canine.

P. T.

NOUVELLES.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Conformément à l'article 12 du Statut-Règlement, le Comité, dans la séance du 2 février courant, a décidé que la Société française d'*Otologie et de Laryngologie* se réunira en session générale, à Paris, le mercredi 13 avril prochain, à 8 heures et demie du soir, à la mairie du 1^{er} arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Messieurs les membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session sont priés de vouloir bien prévenir Monsieur le Secrétaire, et lui adresser leurs mémoires avant le 10 mars, rue d'Amsterdam, 72 bis.

Art. 29. — Le manuscrit des mémoires présentés à la Société sera écrit et les communications faites en français.

Le manuscrit doit être adressé au Secrétaire, ou déposé, au plus tard, sur le bureau, dans la séance même où doit avoir lieu la lecture.

Art. 39. — Tout membre qui, après deux avertissements officiels, aura laissé s'écouler une année entière sans verser entre les mains du Trésorier, le montant (15 francs) de sa cotisation, sera considéré comme démissionnaire.

M. le docteur Ménière, trésorier-archiviste, a transporté son nouveau domicile, 3, place de la Madeleine.

Pour le Comité :

Le Secrétaire,

D^r MOURA.

Nous lisons dans le *Progrès médical* que le D^r KAUFFMANN vient d'être nommé docteur pour les maladies des oreilles à l'Université de Prague.

Nous lisons dans la *Revue mensuelle de laryngologie* que notre savant collaborateur, le D^r J. SOLIS-COHEN, vient d'être nommé président de Philadelphia (Comity and Society) pour l'année 1897.

PHÉNOL BOBŒUF (*Prix Montyon*) anti-épidémique, antiseptique, seul désinfectant hygiénique. Phénol Bobœuf parfumé pour la toilette. Dentifrice au phénol Bobœuf. Hygiène de la bouche et conservation des dents. Savon au phénol Bobœuf. 7, rue Coq-Héron.

RAKOCZY, la meilleure des eaux purgatives de Bude (Hongrie), contient par litre, analyse officielle : magnésie 23gr,344, soude 21,496, lithine 2,07. Elle purge à très petite dose.

SPÉCIFIQUE RONDET contre le ver solitaire, à l'extrait de fougère mâle ; la tête est toujours expulsée sans colique.

DRAGÉES TROSSEILLE, pectorales, balsamiques et sédatives, contre toux, grippe, enrouement, laryngite, bronchite et catarrhe.

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1874. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 25 centigrammes de phosphate.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Examination of the nasal cavities from the front (rhinoscopie antérieure), avec planches, par CRESWELL BABER (Ext. du *Brit.*, déc. 1884).

Lesioni dell orecchio dovute alla malaria (Affections de l'oreille paludéennes), par F. FERRERI GUARDO (*Firenze*, typ. Cenniniana).

Ueber Iodol, par O. SEIFERT (Ext. du *Manch. med. Wochen*).

An improved nasal traction, etc., par G.-W. MAJOR (Ext. du *Canada med. et surg. journ.*, janvier 1887).

Traitement de la laryngite tuberculeuse par les injections sous-muqueuses d'acide lactique, par G.-W. MAJOR (Ext. du même journal, déc. 1886).

Gymnastique vocale dans le traitement de la voix eunuchoïde, par J. GAREL (Ext. de la *Province médicale*), Lyon, impr. Vitti et Perrussel.

Leçon d'ouverture du cours de laryngiatrie, par MASSEI (Ext. de *Riforma medica*, nov. 1886).

Compte rendu de la clinique laryngologique du prof. MASSEI, 1885-1886 (Ext. du *Giornale internat. delle Sc. med.*, anno 8).

La surdité au point de vue anatomo-pathologique, bactériologique, pathogénique et thérapeutique, par V. COZZOLINO (Ext. du *Bollett. del scienze med. di Bologna*, série 6, vol. 48).

Deux tumeurs très rares de laavit  naso-pharyngienne, par V. COZZOLINO (Ext. della *Rev. clin. e terap.*, anno 9, n  20).

Eines falles granulationstenose der luftrohre nach tracheotrie (Sténose de la trachée), par KRAKAUER (Ext. de *Deutsch med. Zeit.*, n  5, 1887).

Sarcome des fosses nasales, par ROUTIER (Ext. de la *Revue de chirurgie*, janvier 1887).

Transactions of the American otological Society (19th meeting annuel), vol. 8, part. 5.

Le Gérant : G. MASSON.

